Aus der II. medizinischen Abteilung des Berlin-Schöneberger Auguste-Viktoria-Krankenhauses.
(Dirigierender Arzt: Professor Dr. Glaser).

Prolapsus linguae

infolge Verschlimmerung von kongenitaler Makroglossie nach Scharlach.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

vorgelegt von

Alexander Walk
Volontär-Assistent.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter; Prof. Dr. Minkowski.

Druck von F Goldstein, Breslau, Ring 2.

Zungenvergrösserungen werden bei den verschiedensten Krankheitsbildern beobachtet, so bei Stomatitis merkurialis, bei Glossitis nach Zungenverletzung, bei der sogenannten Subglossitis, als Teilerscheinung des Quinkeschen Oedems, ferner bei Myxoedem, Kachexia strumipriva, Idiotie und Akromogalie. Alle diese angeführten Vergrösserungen der Zunge sind nicht als echte Makroglossie zu bezeichnen. Unter letzterer versteht man solche Zungenvergrösserungen, die erstens infolge echter Muskelhypertrophie bezw. Muskelhyperplasie und zweitens infolge Veränderung in den Lymphgefässen der Zunge sich bilden.

Schon Galen beschrieb Zungenvergrösserungen auf Grundlage von syphilitischen Gummigeschwülsten, Pencer wohl als erster im Jahre 1553 die angeborene Makroglossie. Van Leuw kam in seiner Dissertation vom Jahre 1845 zu dem Schluss, dass das Gewebe der grossen Zunge häufig induriert sei und die Venen sich erweitern. 1854 führte Weber die Makroglossie auf Vermehrung der quergestreiften Muskulatur zurück, eine Ansicht, die Virchow bekämpfte. Virchow hielt wie die meisten andern Autoren, von denen Wegener, Maas, später auch Weber selbst genannt seien, die Erkrankung der Lymphgefässe für die Hauptsache. Einen einwandfreien Fall von muskulärer Makroglossie veröffentlichte Eikebusch, der die Hypertrophie und Hyperplasie der Muskelfasern bei spärlichem Bindegewebe und spärlichen Gefässen, klinisch das langsame Wachstum, das keinen Schwankungen durch Entzündung unterworfen ist, ferner die grosse Beweglichkeit der Zunge als charakteristisch für die muskuläre Makroglossie ansieht. Helbing unterschied nach den histologischen Untersuchungsergebnissen drei Formen von Makroglossie. Eine, wo die Vermehrung des interstitiellen Gewebes, die zweite, wo Hyperplasie aller Zungenbestandteile, die dritte, wo eine Vermehrung des eigentlichen Zungenparenchyms besteht.

Der Symptomenkomplex der lymphatischen Makroglossie, dessen Krankheitsbild Butlin in seinem Werk „die Krankheiten der Zunge“ schildert, ist viel akuter und schwerer als bei der muskulären Form. Der Verlauf der Krankheit ist ein sehr langsamer Eine Zeitlang kann die Krankheit still stehen, um dann durch Entzündung weiter zu gehen. Virchow und Butlin erwähnten, dass Makroglossie nach Scharlach sich ausbilden könne, ferner ist in Ungers Repertorium ein Fall von Makro-

glossie nach Scharlach beschrieben worden, der allerdings nicht einwandfrei ist, weil er nicht histologisch untersucht wurde. Ueberhaupt findet sich in der Literatur keine eingehende Schilderung eines Krankheitsfalles von Makroglossie, der nach Scharlach eine Verschlimmerung erfahren hätte.

Im Berlin-Schöneberger Auguste-Viktoria Krankenhaus sind nun innerhalb weniger Jahre zwei Fälle von Makroglossie behandelt worden, die beide durch das Auftreten von Scharlach eine bedeutende Verschlimmerung erfuhren. Den zweiten Fall habe ich selbst beobachten können. Es handelt sich um den zwei Jahre alten G. K., der am 8. 12. 19 ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Schon bei der Geburt bemerkten die Eltern, dass die eine Backe dick und unter dem Filtrum der Zunge eine kleine blaue Blase zu sehen war. Mit 5 Monaten wurde die Zunge, besonders im Schlaf, sichtbar und verschwand erst, als das Kind die Zähne bekam. Etwa drei Wochen vor der Aufnahme erkrankte das Kind an einem impetiginösen Ausschlag im Gesicht, in dessem Verlauf die Zunge anschwoll. Bei der Aufnahme wurde unter anderem folgender Befund erhoben: Zwischen den oedematösen Lippen ragt die stark geschwollene Zungenspitze hervor. Der Knabe atmet gut und kann mit dem Löffel flüssige Speisen zu sich nehmen. Die rechte Wange ist stark geschwollen und besteht aus mehreren soliden und fluktuierenden Tumoren. Am 10. 12. 19 erkrankte das Kind an Scharlach. Infolgedessen Verlegung nach der inneren Station, wo zum ersten Mal eine bedeutende Anschwellung der Zunge bemerkt wird. Sie ragt 2,7 cm. aus dem Munde hervor und ist mit gelblich abblätternden Borken besetzt. Am stärksten ist die Vergrösserung der Zunge am 4. 1. 20, wo sie 4,8 cm aus dem Munde hervorragt. Am 6. 1. 20 wird die Zunge durch Keilexzision abgetragen, worauf Heilung eintritt. Histologisch waren kavernöse Hohlräume, die mit Fibrin und Rundzellen erfüllt waren, zu sehen, ferner zwischen den Hohlräumen überall kleinkernige Rundzelleninfiltrationen, die die Muskelfasern auseinanderdrängen und atrophisch machen.

Der beschriebene Fall ist ein typisches Beispiel für die lymphatische Makroglossie. Histologisch handelt es sich um ein kavernöses Lymphangiom, das hier mit einem Lymphangiom der Wange kombiniert war. Auch der Verlauf entspricht dem, wie er bei der lymphatischen Makroglossie schon öfter beschrieben worden ist. Schon in den ersten Lebensmonaten bemerkten

die Eltern eine gewisse Vergrösserung der Zunge, ein Zeichen dafür, dass auch hier die Makroglossie schon kongenital bestand. Lange Zeit machte sich kein Wachstum der Zunge bemerkbar. Der impetiginöse Ausschlag ruft eine kleine Schwellung der Zunge hervor, aber erst nach dem Scharlach kam es zu einer kolossalen Vergrösserung der Zunge. Man mus es sich so vorstellen, dass der Scharlach zunächst eine Anschwellung der Halslymphdrüsen, besonders der Submaxillardrüsen, hervorgerufen hat. Die vergrösserten Drüsen bildeten ein Hindernis für die Lymphbewegung und bewirkten die Lymphstauung. So kam es zu einer Anschwellung des Lymphangioms der Zunge. Gegen die Annahme einer muskulären Makroglossie spricht ausser dem Ergebnis der histologischen Untersuchung die geringe Beweglichkeit der blauen mit Borken belegten Zunge und die akute Anschwellung bei Ausbruch des Scharlachs.

Schlussätze:

I. Die Makroglossie ist ein stets angeborenes Leiden.

II. Die Makroglossie kann eingeteilt werden in:
  a. die muskuläre
  b. die lymphatische Form.

  Unser Fall stellt ein gutes Beispiel einer lymphatischen Makroglossie dar.

III. Bei der muskulären Makroglossie ist die Beweglichkeit, Form und das Aussehen der Zunge normal.

IV. Die lymphatische Makroglossie macht häufig ein viel schwereres Krankheitsbild, da hier die Zunge weit aus dem Mund hervorragen kann, austrocknet, rissig wird und zu schweren Sprach- und Schluckbeschwerden führt.

V. Unser Fall beweist, dass durch Scharlach und konsekutiver Halsdrüsenentzündung eine kolossale Vergrösserung des Lymphangioms der Zunge infolge Stauung und Infektion eintreten kann. Nur Virchow, Butlin und Unger erwähnen, dass Scharlach zu Makroglossie führen kann.

VI. In der neuen Literatur stellt unser Fall das erste Beispiel einer Verschlimmerung der lymphatischen Makroglossie durch Scharlach dar.

  Die histologische Untersuchung zeigt, dass infolge Stauung und Infektion (kleinzellige Rundzellenherde) der Prolapsus linguae erfolgte.